

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 267

De l'utilisation
de l'Incision de Pfannenstiel
pour le Drainage de Mickulicz

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

le 5 Juillet 1927

PAR

Douchan MIHAÏLOVITCH

né le 13/26 Avril 1901, à MLADENOVATZ (Serbie)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1927

DE L'UTILISATION DE L'INCISION
DE PFANNENSTIEL POUR LE DRAINAGE
DE MICKULICZ



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 267

De l'utilisation
de l'Incision de Pfannenstiel
pour le Drainage de Mickulicz

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

le 5 Juillet 1927

PAR

Douchan MIHAÏLOVITCH

né le 13/26 Avril 1901, à MLADENOVATZ (Serbie)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1927

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ.
 Doyen M. J. LEPINE.
 Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	PIC
	TIXIER
	BERARD
	X.
Clinique obstétricale et Accouchements	ROLLET
Clinique ophtalmologique	NICOLAS
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEPINE (J.)
Clinique neurologique et psychiatrique	MOURIQUAND
Clinique des maladies des enfants	VILLARD
Clinique des maladies des femmes	LANNOIS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	ROCHET
Clinique des maladies des voies urinaires	NOVE-JOSSERAND
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	CLUZET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	HUGOUNENQ
Chimie biologique et médicale	MOREL
Chimie organique et Toxicologie	BRETIN
Matière médicale et Botanique	GUIART
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	LATARJET
Anatomie	POLICARD
Histologie	DOYON
Physiologie	COLLET
Pathologie interne	CADE
Pathologie et Thérapeutiques générales	PAVIOT
Anatomie pathologique	PATEL
Chirurgie opératoire	ARLOING (F.)
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	ETIENNE-MARTIN
Médecine légale	COURMONT (P.)
Hygiène	SAVY
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	EULIER
Pharmacie	

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	ROUBIER	DUNET	DUFOURT.
TRILLAT	FAVRE	CHALIER (André)	DUMAS.
SARVONAT	BONNET	CHALIER (Joseph)	GABRIELLE.
FLORENCE (G.)	RHENTER	NOEL	MANCEAU.
ROCHAIX	MAZEL	CHEVALLIER.	MARTIN (Joseph)
CORDIER (V.)	SANTY	DEVIC.	ROCHET (Ph.).
			WERTHEIMER.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE 

MM. TIXIER, président; BONNET, assesseur
 MARTIN et WERTHEIMER, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

Qui tomba glorieusement dans la
Grande Guerre.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de ma profonde affection et ma grande reconnaissance, bien faible en comparaison des sacrifices qu'ils se sont imposés pendant la durée de mes études.

A TOUTE MA FAMILLE ET MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

*Professeur de Clinique Chirurgicale à l'Université de Lyon
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur*

Nous l'assurons de notre respectueuse reconnaissance et le prions de vouloir bien agréer nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait de présider notre thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. BONNET

*Chirurgien des Hôpitaux de Lyon
Chevalier de la Légion d'honneur*

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et il ne nous a ménagé ni son temps ni ses conseils pour notre travail.

Expression de notre entière reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOLIN

*Chirurgien des Hôpitaux de Lyon
Chevalier de la Légion d'honneur*

Nous lui sommes profondément reconnaissant des conseils éclairés et des éléments mis à notre disposition au cours de l'exécution de cette thèse et du bienveillant intérêt qu'il nous a porté.

A MONSIEUR LE DOCTEUR POLLOSSON

Chef de Clinique Chirurgicale à la Faculté

Profonde reconnaissance pour
avoir bien voulu faciliter notre tâche
au cours de notre travail.

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX
DE STRASBOURG

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX
DE LYON

DE L'UTILISATION DE L'INCISION
DE PFANNENSTIEL POUR LE DRAINAGE
DE MICKULICZ

Introduction

Parmi les reproches qui ont été adressés à l'Incision de Pfannenstiël, on a fait valoir l'impossibilité d'utiliser le drainage à la Mickulicz.

Le but de notre travail est précisément de montrer que l'incision de Pfannenstiël, dont les avantages, dans nombre d'opérations gynécologiques, sont incontestables, présente, en ce qui concerne le point particulier du drainage à la Mickulicz, la supériorité sur l'incision longitudinale, de parer au risque d'éventration, inconvénient majeur de cette technique de drainage.

Le Professeur agrégé P. Bonnet, qui nous a confié ce travail, avait été frappé de la grande facilité de la technique et de la simplicité des suites opératoires.

Lors d'un remplacement dans le service du Docteur Molin, à la Charité, en juillet 1926, il se trouva un jour, après une hystérectomie totale pratiquée

pour un énorme pyosalpinx, dans la nécessité d'établir un drainage à la Mickulicz.

Il y avait, dans ce cas, indication formelle de faire une péritonisation haute. Mais l'anse sigmoïde, fixée par des adhérences, n'était pas abaissable et ne pouvait être utilisée pour la péritonisation. Le Docteur Bonnet se décida donc à recourir au pansement de Mickulicz.

Un instant il se demanda comment il parviendrait à le réaliser avec l'incision transversale. Mais le sac de Mickulicz une fois mis en place et la valve de Doyen enlevée, la fermeture de la paroi autour du sac lui apparut d'une extrême facilité, et d'emblée il réalisa cette fin d'opération, avec les détails de technique qui lui parurent favorables et que nous décrivons aujourd'hui.

La malade guérit avec la plus grande simplicité et quitta l'hôpital moins d'un mois après l'intervention, avec une paroi solide et une cicatrice telle qu'il eût été impossible d'imaginer qu'un drainage à la Mickulicz avait pu être utilisé.

Malheureusement l'observation, rédigée avec les détails de technique, n'a pu être retrouvée, de sorte qu'il n'a pas été possible de revoir la malade, ni de faire figurer cette observation dans notre travail.

Du moins nous a-t-il été possible de recueillir, dans le service du Docteur Molin, des observations où cette technique a été utilisée depuis.

On pourra être frappé de trouver simplement mentionnée l'indication du Mickulicz, avec l'incision de Pfannenstiël. L'absence même de tout détail de

technique prouve la grande facilité avec laquelle le drainage est réalisé.

Quant aux suites éloignées de l'opération, elles sont d'une perfection absolue. Le Professeur agrégé P. Bonnet a pu examiner une malade opérée ainsi par le Docteur Eugène Pollosson. Elle présentait une paroi absolument solide et rien ne révélait qu'un drainage à la Mickulicz avait été appliqué.

C'est donc pour effacer dans l'esprit de ceux qui ont pu être impressionnés par cet inconvénient, invoqué et publié, de l'incision de Pfannenstiël, toute trace d'arrière-pensée qui pourrait les faire hésiter à avoir recours à cette excellente incision, que nous avons entrepris ce travail.

Indications de cette technique

Il ne peut être question de revenir ici sur les avantages et les inconvénients du drainage à la Mickulicz. Ils sont connus de toute une génération de chirurgiens, qui a utilisé cette méthode à une phase où la chirurgie abdominale n'avait pas acquis la sécurité qu'elle offre aujourd'hui.

D'ailleurs, le Professeur J.-L. Faure l'a réhabilitée avec des arguments sur lesquels il ne semble pas utile de revenir.

Nous ne pensons pas non plus devoir nous étendre sur les indications de ce mode de drainage, qui peuvent varier suivant l'appréciation personnelle de chaque chirurgien.

Disons cependant que nous n'avons en vue que les cas où l'incision de Pfannenstiel est elle-même indiquée. C'est dire que, dans l'hystérectomie pour cancer du col, le cas se présentera rarement.

En effet, dans l'hystérectomie élargie pour cancer, la nécessité d'économiser sur la durée de l'intervention doit faire préférer, en principe, l'incision verticale à l'incision de Pfannenstiel.

Encore ce principe est-il susceptible de révision :

Le Professeur Tixier utilise, toutes les fois qu'il n'y a pas de contre-indication formelle, l'incision transversale pour l'opération de Ries-Wertheim, à cause surtout de la meilleure contention des anses grêles, qui assure l'isolement plus parfait du champ opératoire.

Par ailleurs, au cours d'une hystérectomie totale pour annexite suppurée, il est rare que l'on ne puisse terminer par une péritonisation haute, et il a bien fallu que celle-ci fût impossible pour que le Professeur agrégé P. Bonnet pût se résoudre à avoir recours au Mickulicz.

Aussi croyons-nous que les cas ne sont pas fréquents où l'on sera conduit à terminer par un drainage à la Mickulicz une opération commencée par une incision de Pfannenstiel.

Aussi bien la question n'est pas là. Nous n'avons pas en vue de discuter les indications, mais simplement de montrer la possibilité (qui a été contestée), la facilité qu'il y a à utiliser l'incision transversale pour réaliser le drainage de Mickulicz; la bénignité des suites immédiates; l'excellence du résultat éloigné.

Technique opératoire

Nous renvoyons à l'ouvrage du Professeur Jean-Louis Faure, sur le cancer de l'utérus, pour ce qui concerne les considérations générales sur le drainage à la Mickulicz. La technique de la mise en place et l'enlèvement du sac y sont merveilleusement exposés à l'occasion de l'incision longitudinale, à peu près seule de mise, à son avis, lorsqu'il s'agit de cancer.

Lorsqu'on a recours à l'incision transversale, il n'y a rien à changer à cette technique jusqu'au moment où la valve de Doyen vient d'être enlevée.

« On constate alors que le sac et les compresses qu'il renferme remplissent le bassin jusqu'au promontoire. Les anses intestinales viennent buter sur lui et ne pénètrent plus dans ce milieu infecté.

« *On veille à ce qu'aucune d'entre elles ne soit comprimée par le sac*, et on ramène autant que possible l'épiploon au devant d'elles. (Fig. 96.) »

Nous avons à dessein souligné ce passage du livre de J.-L. Faure. C'est que la nécessité de vérifier les anses grêles s'impose, dans les cas que nous avons en

vue, plus encore que dans le cancer, puisque le Mickulicz tire alors ses indications précisément du fait que l'anse sigmoïde n'est pas utilisable pour la péritonisation (pour une raison quelconque : adhérences, etc.) et que les anses grêles présentent alors une déplorable tendance à s'insinuer dans le pelvis, à la faveur des gouttières latérales. Leur vérification doit être minutieuse et il nous paraît recommandable de relever la malade en position horizontale avant de procéder à cette vérification.

C'est à ce moment de l'opération que la technique doit être modifiée, si l'incision de Pfannenstiel a été utilisée.

Il reste à ce moment à suturer la paroi autour du Mickulicz. Ce temps opératoire peut être décomposé de la façon suivante :

1° *Fermeture du péritoine autour du sac.*

On pourrait réserver à l'emplacement du sac toute la partie inférieure de l'incision péritonéale.

Il nous paraît mieux de placer à l'extrémité inférieure de cette incision un ou deux points de fermeture. Ils ont l'avantage de reporter l'emplacement du sac exactement en regard de la brèche transversale de l'aponévrose. Ils permettent aussi, surtout si l'on a pris soin de solidariser le point supérieur d'arrêt au plan musculaire (Fig. 1) en le faisant traverser par les fils, d'éviter l'espace mort qui pourrait exister dans le tissu cellulaire prévésical et s'infecter à la faveur du Mickulicz.

En outre, la vessie, souvent plus ou moins déperitonisée au point déclive de l'incision du péritoine,

se trouve ainsi mieux protégée contre l'action nocive du sac, au cours des manipulations.

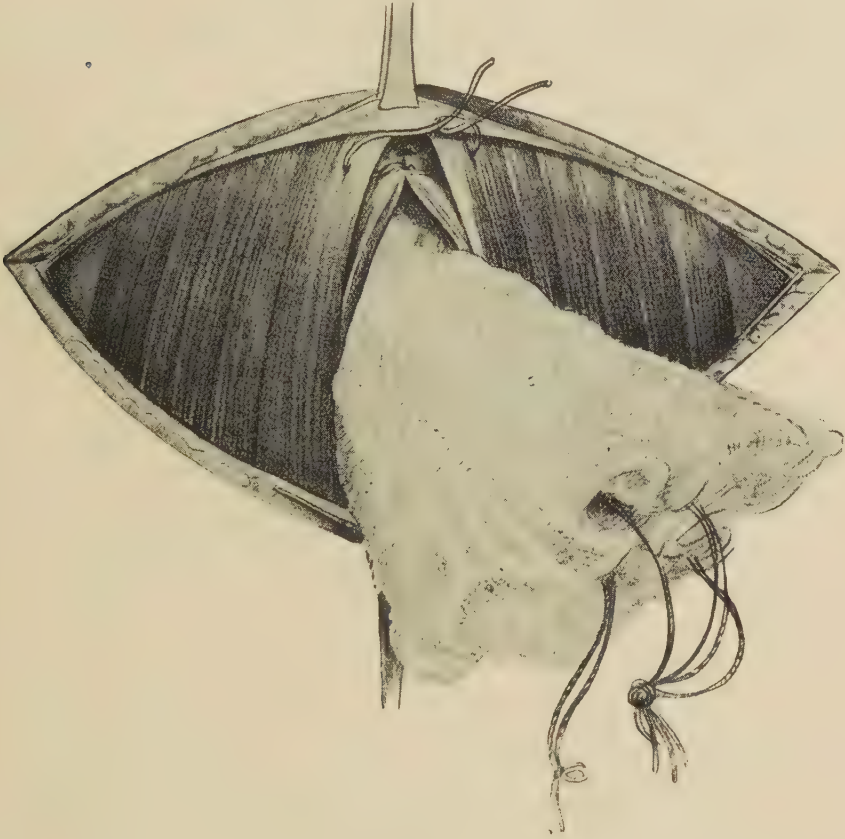


Fig. 1

Le sac de Mickulicz est en place. Un point ferme en bas le péritoine et l'amarre au plan musculaire

Au-dessus du sac, le péritoine est fermé avec soin. Pour éviter que le point qui termine le surjet péritonéal, près du sac, ne soit dénoué au moment de l'ablation des mèches ou du sac, ce qui entraînerait la désunion de toute la ligne de suture du péritoine,

il est bon d'y ajouter, au voisinage immédiat du sac, un point d'arrêt, solidarisé ou non aux lèvres du muscle grand droit.

2° *Rapprochement des muscles droits* par un ou deux points jusqu'au voisinage du sac. *

3° *Suture du plan aponévrotique autour du sac.*

Les deux plans musculo-aponévrotiques, clivables l'un de l'autre sur les côtés, sont suturés séparément jusqu'au point où ils sont accolés et fusionnés (Fig. 2). Les fils qui achèvent chacun des deux surjets profond et superficiel sont noués l'un à l'autre en ce point où les plans sont fusionnés. La protection du surjet, qui sera menacé au moment de l'ablation des mèches, est prévue et assurée par un solide point d'arrêt de chaque côté du sac.

En outre, mais c'est là une précaution accessoire, deux fils d'attente (catgut chromé) traversent chacune des lèvres supérieure et inférieure de la brèche aponévrotique, au point même où sort le sac.

Ils sont destinés à être serrés, après l'ablation du sac, pour amener une fermeture plus parfaite de l'aponévrose.

Pratiquement, la nécessité d'employer pour cela des fils non résorbables, en tissu infecté, fait que cette précaution est d'indication discutable.

4° *Suture des téguments* jusqu'au voisinage du sac par un minimum de points.

On peut, ici encore, chercher à éviter la création d'un espace mort sous-cutané, en chargeant avec le fil placé sur les téguments, au voisinage du sac, le plan aponévrotique.

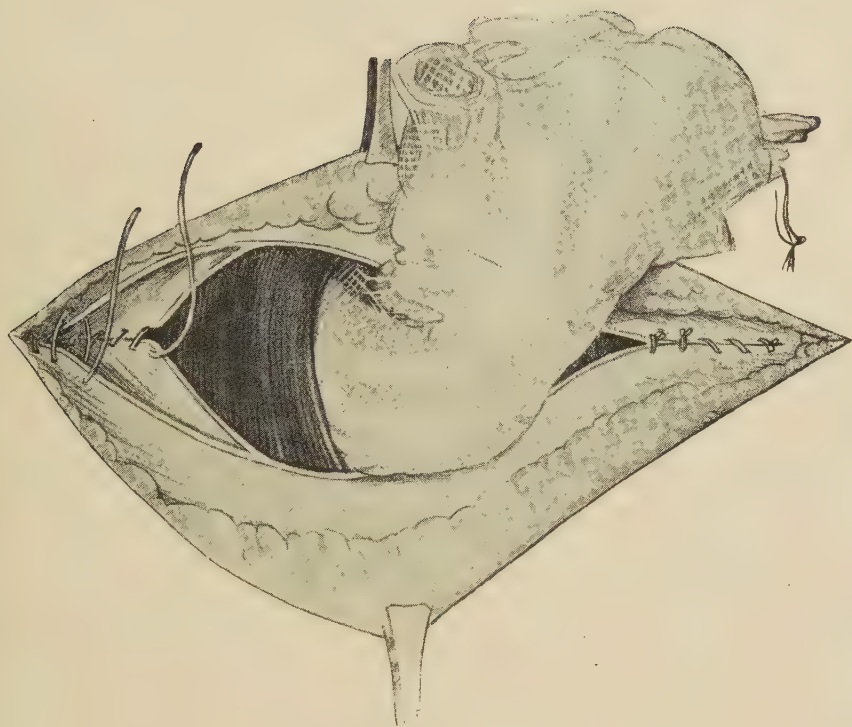


Fig. 2

Les pincettes de Museux ont été déplacées, Elles ont abandonné le plan aponévrotique pour écarter légèrement les téguments. — A droite, le plan aponévrotique est déjà suturé. Un point d'arrêt protège le surjet. — A gauche : Un surjet est amorcé sur le plan profond et le plan superficiel de l'aponévrose.

Deux crins de Florence peuvent être placés, en attente, sur la partie des téguments laissée désunie par le sac. Ils serviront à rapprocher les lèvres de la plaie quand le sac aura été enlevé.

La plaie abdominale se trouve ainsi fermée jusqu'au niveau du sac de Mickulicz, qui s'y trouve très légèrement étranglé.

Les soins consécutifs, l'enlèvement du sac, ne pré-

sentent aucune particularité qui mérite que l'on revienne sur la façon de procéder décrite par J.-L. Faure.

Suites immédiates

Elles paraissent être simples, du moins plus simples que si le drainage a été appliqué sur une incision longitudinale.

D'abord la fermeture de la paroi n'ayant pas nécessité la mise en place de fils métalliques ou de crins destinés à protéger les sutures, les inconvénients connus de ces fils, qui chargent toute la paroi, n'existent pas.

D'autre part, les avantages de l'incision transversale se retrouvent en ce qui concerne l'éviscération post-opératoire.

Résultats éloignés

Nous n'avons revu, à longue échéance, qu'une malade, l'opérée du Docteur Eugène Pollosson.

Il s'agissait d'une femme grande et forte.

Absolument rien ne distinguait, ni dans l'apparence, ni dans la solidité, cette paroi à travers laquelle avait été placé un Mickulicz, d'une paroi qui n'aurait subi aucun drainage.

L'incision transversale semble conserver, dans les suites éloignées, ses avantages incontestables, qui sont d'assurer une solidité parfaite de la paroi.

Observations

OBSERVATION I

(Clinique du Professeur TIXIER)

Due à l'obligeance du Docteur Eugène POLLOSSON
B..., 42 ans.

La malade entre dans le service parce qu'elle souffre dans l'hypochondre droit.

Réglée régulièrement. Elle a eu un enfant.

N'ayant jamais été malade, elle ressent, il y a 4 mois, des piquées dans les reins, à droite, sans remarquer de modifications du côté de ses urines. Bientôt la douleur gagne l'hypochondre droit. Elle est caractérisée par une gêne continue, avec petites crises de temps à autre. Pas de propagation à l'épaule. Jamais de véritable crise accompagnée d'ictère.

La malade dit avoir maigri de 20 kg. en 6 mois, mais l'état général reste assez satisfaisant.

La palpation révèle un abdomen souple et une région hépatique douloureuse. Point cystique assez net. Pas de contact lombaire.

Au toucher, on sent un utérus fibromateux du volume d'une tête de fœtus : masse arrondie assez régulièrement, avec de petites masses adhérentes, dures, du volume d'une cerise (petits fibromes adjacents). Le fibrome remonte à 4 travers de doigt au-dessus du pubis ; il est tombé dans le Douglas, où il bombe. Le col est projeté en avant, plaqué contre le pubis, et paraît normal, un peu mou.

Urines : Ni sucre ni albumine.

Urée par litre : 9 gr. 45.

Intervention (Dr Pollosson). — Rachianesthésie : 8 centigrammes de Scurocaïne. Excelent.

Incision de Pfannenstiel : On trouve un gros utérus fibromateux, basculé dans le Douglas, et, du côté gauche, un kyste de l'ovaire remontant assez haut dans le ligament infundibulo-pelvien.

Hystérectomie totale, assez laborieuse, par bascule de droite à gauche. L'ablation du kyste est difficile et laisse une surface cruentée postérieure, saignotante, assez large rente. Suture en 2 plans. Sonde à demeure dans la vessie. pour qu'on soit amené à terminer par un Mickulicz.

Au cours de l'intervention : Ouverture de la vessie adhérente. Suture en 2 plans. Sonde à demeure dans la vessie. Drainage vaginal.

Le Mickulicz, une fois mis en place, on se demande comment on va utiliser l'incision transversale.

Le péritoine est laissé sans aucune suture. Les muscles droits se rapprochent seuls contre le Mickulicz. Un point est jeté de chaque côté sur la partie la plus externe de la brèche aponévrotique. Quelques crins rapprochent les téguments seulement dans la partie tout externe de l'incision.

Suites opératoires : Au troisième jour, ablation de quelques mèches ; au quatrième jour, ablation des mèches ; au septième jour, ablation partielle du sac. On change la sonde à demeure. Au huitième jour, le sac est enlevé complètement.

Le 17 août, la malade, qui a quitté le service, revient avec un état général parfait. La cicatrice paraît solide, ce qui est intéressant, étant donné que l'on a placé le Mickulicz à travers une incision de Pfannenstiel.

15 janvier 1927 : La malade est revue par le Docteur Pollosson et le Docteur Bonnet : La cicatrice de la paroi est d'une solidité absolue. La malade travaille debout dans une usine, et n'accuse aucune sensation de faiblesse de la paroi. Au point de vue esthétique : Cicatrice linéaire très satisfaisante.

Nous ne pouvons mieux faire que reproduire, en tête des observations que le Docteur Molin a bien voulu nous confier, l'opinion personnelle de ce chirurgien sur le drainage à la Mickulicz associé à l'incision de Pfannenstiel :

« 1° L'incision transversale ne contre-indique jamais l'emploi du Mickulicz.

« L'expérience de son emploi conduit à cette opinion plutôt qu'une vue théorique :

« En effet, l'incision transversale comporte une notion nécessaire de cicatrisation *per primam* et aseptique, en raison de la plus grande délicatesse de ses temps, de ses décollements, entraînant des difficultés de drainage en cas de suppuration.

« Or, précisément l'infection de la paroi n'est certainement pas plus fréquente dans cette incision avec Mickulicz que dans l'incision verticale.

« 2° Le Mickulicz est aussi drainant que dans l'incision verticale, à condition de ne pas serrer la fermeture de l'incision aponévrotique.

« 3° Celle-ci s'obture tout naturellement après l'ablation du Mickulicz; elle se resserre aussi naturellement que tend à s'écarter la ligne blanche dans l'incision verticale.

« Je n'ai jamais constaté d'éventration après Mickulicz. »

OBSERVATION II

Due à l'obligeance du Docteur MOLIN

C..., J..., 37 ans, ouvrière en chaussures. Lésions annexielles bilatérales anciennes. — Colpotomie, hystérectomie subtotale pour lésions annexielles bilatérales. Entrée le 7 octobre 1926, sortie le 2 novembre 1926.

3 accouchements normaux : le dernier, il y a 12 ans. Pas de fausses couches. La malade entre dans le service parce qu'elle souffre depuis fort longtemps du ventre et est devenue de ce fait complètement impotente.

Réglée depuis 10 ans et demi, régulièrement. Grippe en 1918.

Depuis son dernier accouchement, il y a 12 ans, la malade souffre dans le ventre. Immédiatement après l'accouchement, elle a eu un abcès du sein. Pendant 3 mois après l'accouchement, les douleurs obligent la malade à rester au lit. Les règles sont régulières. Pas des pertes dans l'intervalle.

6 mois après, nouvelle crise douloureuse, traitée médicalement.

En 1916, à l'occasion d'une nouvelle poussée douloureuse, la malade entre à l'hôpital de St-Etienne, dans le service du Docteur Blanc, où on l'a traitée médicalement pendant 6 mois. Pendant 2 mois après sa sortie de l'hôpital, la malade est restée au lit et présente des phénomènes de péritonite.

Les crises douloureuses se sont répétées de plus en plus souvent par la suite, obligeant la malade à interrompre fréquemment son travail. Règles normales. Pas de pertes blanches. Depuis le 15 juillet, la malade est alitée, souffrant toujours dans le ventre, plus particulièrement du côté droit. Les règles ont subi un retard de 3 semaines. Depuis ce temps, suintement sanguin continu, avec des gros caillots. La température prise par la malade ne dépassait pas, chez elle, 37°; à l'entrée, température : 37°2. Rien à signaler au point de vue digestif, si ce n'est des vomissements fréquents.

Au point de vue urinaire, il y a 2 ans, la malade a eu du spasme avec douleurs à la miction. Actuellement, rien à signaler de ce côté.

Au toucher : Très gros col; le fond utérin ne peut être senti par le palper abdominal. Culs-de-sac gauches sont comblés.

8 octobre : Colpotomie.

22 octobre 1926 : Intervention (MM. Molin et Tillier). — Anesthésie générale à l'éther. Hystérectomie subtotale pour lésions annexielles doubles très anciennes. — Pfannenstiel. Adhérences épiploïques tiennent aux annexes.

Les annexes droites sont prolabées et peu volumineuses.

Les annexes gauches, beaucoup plus grosses, en situation haute, se présentant les premières à la vue, simulant un fibrome utérin. Il suffit de repérer l'utérus pour se rendre compte qu'il s'agit d'une trompe distendue. Ponction au gros trocart, issue d'un liquide plutôt clair. Cette masse, bien que haut placée par son extrémité supérieure, est profondément enclavée dans le Douglas. La masse une fois dégagée de cette cavité, on peut procéder à une hystérectomie subtotale ordinaire avec fente postérieure du col restant.

L'intervention est rendue seulement un peu pénible par la friabilité de tissus due à l'ancienneté du processus. A plusieurs reprises, les pinces sur les pédicules utérins et sur le ligament large écrasent et sectionnent le tissu. On termina par un double Mickulicz abdominal et vaginal.

Examen de la pièce : Pyosalpinx mutilobulé à gauche. Petit hydrosalpinx à droite.

OBSERVATION III

Due à l'obligeance du Docteur MOLIN

Mme B...x, née M...e F...e, 54 ans et demi. Entrée le 22 septembre 1926, sortie le 22 novembre 1926.

Onze (11) accouchements normaux (un seul, le premier, fut fait aux forceps, et obligea la malade à rester 2 mois au lit avec la fièvre. Un seul enfant mort à 30 mois. Elle en a nourri 10. Rien à signaler dans les antécédents.

Malade envoyée par le Docteur Molin.

Ménopause à 51 ans et demi.

Il y a un mois, la malade s'est aperçue de pertes rosées, abondantes, auxquelles succédaient des pertes jaunes verdâtres, très abondantes également, très épaisses, et d'une

odeur extrêmement fétide. Ces pertes duraient toute la journée et obligeaient la malade à se laver plus de 10 fois par jour. Ces pertes continuent actuellement, mais elles sont plutôt rosées.

En même temps qu'elle perdait, la malade se plaignait de douleurs sourdes dans le ventre, irradiées des deux côtés, dans les flancs et dans les reins.

Constipation habituelle. Depuis qu'ont commencé les pertes, c'est-à-dire depuis un mois, la malade fait du sang par l'anus dès qu'elle va à la selle.

Depuis un mois également, sensation de brûlure à la miction.

Col gros, œdématié, légèrement ouvert.

Le 28 septembre 1926 : Intervention (MM. Molin et Tillier). — Hystérectomie totale. Utérus suspect de néoplasme. Intervention très difficile en raison de l'obésité de la malade. Hémostase impossible à appliquer d'une façon absolument correcte.

Gros Mickulicz abdomino-vaginal à travers une incision de Pfannenstiel.

30 octobre 1926 : La cicatrisation de la paroi ne se faisant pas spontanément, on rapproche par des points de suture aux crins (M. Tillier). Anesthésie générale.

OBSERVATION IV

Due à l'obligeance du Docteur MOLIN

Mme F...n, née F...s, 44 ans, lingère, entrée le 3 août 1926, sort le 16 décembre 1926. Pyosalpinx bilatéral. Utérus fibromateux. Colpotomie le 4 septembre 1926. Hystérectomie le 26 octobre 1926, subtotala, avec drainage abdomino-vaginal.

Pas d'accouchement. Une fausse couche de 3 mois, il y a 6 ans, pour laquelle la malade est entrée à l'Infirmierie.

Rien à signaler dans les antécédents au point de vue médical.

Réglée à 13 ans régulièrement, les règles sont d'abord très douloureuses.

C'est depuis sa fausse couche, il y a 6 ans, que la malade souffre dans le ventre et a des pertes blanches abondantes. Les douleurs surviennent par crises, siègent surtout à gauche et dans la région lombaire, et s'accompagnent d'un état nerveux accentué.

Les règles sont régulières et abondantes.

Le 8 août, les règles apparaissent normalement, durent quatre jours; quatre jours après la cessation, nouvelle perte rouge avec caillots ayant duré 8 jours. Le 23 août, réapparition des pertes rouges; la malade souffre violemment dans tout le ventre, surtout à gauche et dans la région lombaire. A l'entrée la malade ne perd plus, la douleur s'est calmée, le ventre reste sensible. La température s'est élevée à 39°7.

Appareil digestif : Constipation très marquée. Anorexie, amaigrissement.

Examen de la pièce : Petit fibrome (mandarine), mou, œdémateux, à la face antérieure de l'utérus.

Petit fibrome sphacélé et suppuré latéro-isthmique gauche.

Double pyosalpinx, à pus jaune, crèmeux (vraisemblablement à colibacilles).

Appareil urinaire : Par intermittence : pollakiurie.

Au toucher : Le cul-de-sac latéral gauche est comblé presque entièrement, on sent à son niveau une résistance très nette, très douloureuse au toucher.

Le 4 septembre 1926 : Anesthésie générale à l'éther. (MM. Jouve et Douillet). — Colpotomie postérieure. « Je ne découvre pas de pus. Mise en place d'une mèche. »

A la suite de cette colpotomie, la température reste élevée; d'abord entre 38° et 39°, puis au-dessus de 39°; le 17 septembre, elle retombe à 37° pour remonter ensuite et se maintenir susfébrile entre 37° et 38°. Une nouvelle ascension à 39°6, le 7 octobre.

La malade qui, jusqu'à présent, n'a souffert qu'à gauche, se met à souffrir du côté droit.

Pertes blanches abondantes, éliminations fréquentes de détritils sphacelés; par intermittence, la malade présente quelques métrorrhagies de moyenne abondance.

A l'examen : On sent en avant et à gauche de l'utérus, une masse assez molle, qu'il est difficile d'identifier. La palpation est douloureuse des deux côtés de l'utérus.

Intervention : 26 octobre (MM. Molin et Jouve). — Anesthésie générale à l'éther. Pfannenstiël. Adhérences lâches de l'intestin. Poche hématique de l'ovaire gauche. Pyosalpinx bilatéral. Masse fibromateuse antéro-inférieure et 2^{me} masse latéro-isthmique gauche. Tous ces éléments sont engloutis dans un magma inflammatoire, et ce n'est que par des prises progressives qu'on arrive sur les faces latérales de l'utérus et que l'on peut pincer les utérines.

Hystérectomie subtotalé, avec drainage abdomino-vaginale (mèche vaginale et Mickulicz).

OBSERVATION V

Due à l'obligeance du Docteur MOLIN

Mme E...l, née S...e, 36 ans, ménagère, entrée le 22 mars 1926, morte le 12 avril 1926.

Mariée deux fois. Pas d'accouchement ni de fausses couches. Règles toujours régulières, abondantes. Régliée toutes les 3 semaines jusqu'au décembre dernier. Règles le 10 décembre 1925. Les règles ne réapparaissent que 6 semaines après, vers le 20 janvier. Du 20 au 30 janvier, règles. Elles réapparaissent le 15 février et durent comme d'habitude 6 jours, avec assez d'abondance. La malade est allée consulter, parce qu'elle souffrait dans tout l'abdomen, surtout au moment des règles. En même temps, elle a l'impression que son ventre augmente de volume.

Pertes blanches abondantes.

Pendant le mois de décembre, la malade a été gênée pour uriner.

Toucher : Le doigt tombe d'emblée au niveau de la paroi antérieure vaginale sur une masse dure et volumineuse, s'étendant jusqu'au en bas du pubis, du volume d'une petite courge.

Le col utérin est perçu à la face inférieure de cette tumeur, très effacé.

Culs-de-sac effacés par la tumeur.

Le 30 mars 1926 : Intervention : Anesthésie générale à l'éther (MM. Molin, Carcassone et Perret). — Incision de Pfannenstiël. Paroi adipeuse. Découverte difficile d'un fond utérin volumineux d'où l'on énuclée un noyau fibromateux avec beaucoup de peine.

Hystérectomie subtotale consécutive. Mise en place de mèches iodoformées vaginales. Mickulicz — (3 mèches perdues en arrière du col) — 2 mèches dans le col.

La malade sondée le soir même de l'intervention a évacué une urine sanglante.

Le 4 avril 1926 : Ablation de Mickulicz.

Le 12 avril : Dans l'après-midi, l'interne de garde est appelé auprès de la malade dont l'état s'est aggravé brusquement (adrénaline, huile camphrée). Tous les soins sont inutiles et la malade succombe avec des symptômes d'embolie cardiaque.

OBSERVATION VI

Due à l'obligeance du Docteur MOLIN

M...t A...e, 39 ans. La malade a été réglée à l'âge de 11 ans, mais toujours irrégulièrement. Depuis longtemps sans que la malade puisse préciser, les règles sont très abondantes s'accompagnant d'expulsion de caillots. Des pertes rouges surviennent entre les règles. Dans les intervalles il existe des pertes jaunâtres. Depuis quinze jours la malade perd constamment en rouge, aussi se décide-t-elle d'entrer à l'hôpital. Pas de constipation. Depuis une vingtaine de jours la malade est obligée de faire des efforts pour uriner.

Au toucher, on trouve un polype sortant par l'orifice cervical.

Le 13 octobre 1923, M. Molin fait l'ablation du polype.

La malade rentre de nouveau à l'hôpital le 19 octobre 1925 avec le diagnostic des fibromes multiples. Intervention le 21 octobre 1925. Hystérectomie subtotale. Mickulicz. MM. Molin et Desjacques. Rachianesthésie et la malade souffrant un peu, anesthésie générale à l'éther discontinuée.

Incision de Pfannenstiël malgré l'adiposité. La masse intestinale est refoulée par deux grands champs. L'uté-

rus est gros, fibromateux, mais impossible à tirer hors du pelvis. On sent comme un noyau antérieur soulevant la vessie.

Hémisection utérine. On enlève un noyau fibromateux interstitiel gros comme une orange. Dès lors on ne sent plus de masse sous la vessie et l'utérus peut s'élever un peu. On pince les ligaments larges. On coupe transversalement le col et on lie les utérines. En somme : Hystérectomie subtotala. On fait les ligatures, mais la pince de l'utérine gauche ayant lâché, on a beaucoup de peine à retrouver ce pédicule et on n'est pas sûr de l'avoir lié.

Fente postérieure du col et mise en place d'une mèche vaginale drainant la fosse iliaque gauche.

Mise en place d'un Mickulicz composé d'un sac et de deux grandes mèches, dont le fond correspond à la cavité utérine et qui vient s'ouvrir à la partie médiane de l'incision.

Le 25 octobre 1925 : Ablation des drainages abdominal et vaginal.

Le 30 octobre 1925 : Suppuration de la paroi. Mise en place d'un drain.

Le 1^{er} novembre 1925 : Ablation du drain. Fistule stercorale.

Le 22 décembre 1925 : Depuis une semaine, les matières passent beaucoup plus facilement par le rectum. La plaie abdominale est beaucoup moins souillée et se cicatrise beaucoup plus rapidement. On crayonne tous les 2 ou 3 jours.

Le 30 décembre 1925 : Cicatrisation de la fistule stercorale au niveau de la plaie abdominale. Excellent état général et local.

Le 14 janvier 1926 : La malade allait parfaitement bien depuis longtemps, la plaie abdominale sensiblement fermée, toute fistule stercorale tarie, dans un excellent état général, on lui avait donné depuis quelques jours l'autorisation de se lever.

Il y a 4 ou 5 jours, léger état gripal et angine rouge, peu de température, peu de malaise, absolument rien d'anor-

mal au niveau de l'abdomen. Hier soir, température à 38°5. Le matin, température à 39°3 et frisson. Au niveau du flanc droit existe une plaque rouge violacée à bords très irréguliers, très dentellée, plaque discontinue, irrégulière et légèrement indurée au toucher sans prurit, mais s'accroissant nettement dans la matinée. Le diagnostic d'érysipèle semble très probable. Deux points anormaux cependant : la plaque n'est pas continue mais formée des tâches à la périphérie plus ou moins confluentes.

Le début a eu lieu à quelque distance de la plaie qui n'a été affleurée que secondairement. Enfin l'induration et l'infiltration restent discrètes. La malade est envoyée à la Croix-Rousse.

Le 13 janvier 1926 : La malade revient dans le service. Son érysipèle est guérie (injection de lait, localement alcool). L'état général excellent, mais la fistule intestinale de la cicatrice abdominale s'est rouverte et a suinté pendant son séjour à la Croix-Rousse.

3 février : Excellent état. Fistule tarie, dès le retour de la malade dans le service sans aucun traitement particulier.

Le 6 février 1926 : La malade sort avec un état général excellent. La fistule est bien fermée. Il reste une petite plaie linéaire peu profonde, mais longue encore de 4 cent.

OBSERVATION VII

Due à l'obligeance du Docteur MOLIN

Veuve P...d, née V...n A,,,e, 58 ans 1/2, cuisinière.

Entre le 19 mai 1926 avec un diagnostic de gros fibrome de la face antérieure. Hystérectomie subtotale le 26 mai 1926. Décès le 4 juin 1926.

Pas d'accouchements ni de fausses couches. Rien à signaler dans les antécédents. La malade est envoyée par le Docteur Chauvin pour « tumeur abdominale avec métroragies ».

Ménopause depuis 7 ans. Deux ans après la malade a une métroragie de moyenne abondance et qui s'arrête spontanément. Puis plus rien (a fait quelques pertes

blanches) jusqu'au 13 avril 1926 où la malade, en se levant, constate qu'elle perd du sang en abondance, avec des gros caillots. Cette métroragie dura quinze jours sans discontinuer, puis apparaît ensuite avec intermittence, alternant avec la leucorrhée.

Jamais aucune douleur, ni aucun trouble d'aucune sorte à part la métrorragie.

Le 25 mai, depuis son entrée à l'hôpital, la malade a continué à perdre par intermittence, malgré le repos complet au lit. La malade se présente avec un facies plétorique (et pas anémié le moins du monde, malgré l'abondance des métroragies). C'est une femme très grosse, avec un ventre énorme en besace.

A la palpation de l'abdomen, on sent une volumineuse tumeur, mobile, médiane, paraissant de consistance dure.

Au toucher, on arrive à bout de doigt à percevoir le col et il est difficile de préciser si la tumeur abdominale fait corps avec le col.

Le 26 mai 1926 : Intervention (Docteur Molin, Docteur Jouve, Douillet) : Rachianesthésie.

Incision transversale. L'utérus, du volume d'une tête d'enfant, est assez facilement ramené à la paroi. On pratique une hystérectomie subtotal. On fait quelques points de péritonisation latérale; la tranche utérine est laissée étalée. On place un petit Mickulicz dans le fond du Douglas. La paroi est refermée le plus possible, jusqu'aux abords du sac de drainage.

Suites opératoires : Pendant les 3 premiers jours, les suites paraissent normales; cependant par les mèches de drainage s'effectue un suintement sanguin noirâtre très abondant.

Après le quatrième jour, la température remonte progressivement, le pouls s'accélère, les urines se raréfient, le subictère des conjonctives apparaît, la dyspnée est très marquée, la malade très abattue, indifférente, tandis que l'abdomen reste souple.

La malade meurt au milieu de signe d'insuffisance hépatique; ictère grave ?

Feuille de laboratoire relative à l'examen anatomo-pathologique : Docteur Molin.

Veuve P...d, 58 ans.

Muqueuse et muscle utérin.

L'orientation défectueuse de prélèvement ne nous a laissé voir qu'un muscle utérin atteint d'hyperplasie (myôme) sans aucune trace de muqueuse reconnaissable.

Signé : Professeur A. de LABOR.

OBSERVATION VIII

Due à l'obligeance du Docteur MOLIN

Mme D..., née F..., 34 ans, ménagère, vient pour les crises abdominales douloureuses.

Depuis le mois de novembre, la malade souffre dans les jours qui précèdent les règles; la venue des règles fait cesser ces douleurs. Réglée à 14 ans, toujours régulièrement. Actuellement, les règles ne sont pas modifiées en quantité ou régularité. Seuls ces phénomènes douloureux inquiètent la malade et c'est ainsi qu'elle vient dans le service. Constipation marquée, urines normales, sans sucre ni albumine. Pertes blanches légères ces jours derniers. Bon état général et la malade prétend même avoir engraisée.

Au toucher : Gros utérus à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse, col normal, dans le cul-de-sac droit masse dure, bosselée, douloureuse, semblant appartenir à l'ovaire droit.

Intervention, Docteur Molin, Jouve, le 30 avril 1927 : Anesthésie générale à l'éther. Pfannenstiel en tombe sur deux kystes ovariens; à droite: gros kyste du volume du poing, dans le Douglas et adhérent; à gauche : kyste moins volumineux (mandarine) situé au niveau du détroit supérieur.

1° On enlève assez facilement l'appareil tubo-ovarien, mais la ligature sur le pédicule dérape et l'hémostase est très difficile en raison du voisinage de l'uretère. Pendant les manœuvres, rupture du kyste et issue de liquide chocolat sans odeur.

2° A droite, on ponctionne le kyste, liquide de même aspect, libération laborieuse en raison des adhérences avec la face postérieure de l'utérus et le recto-sigmoïde. Mickulicz (sac et deux mèches).

3° On essaye de libérer des adhérences entre la face postérieure de l'utérus et le recto-sigmoïde; cette manœuvre est laborieuse et l'on n'insiste pas de peur d'aboutir à une fistule rectale. Mickulicz, etc.

15 mai 1927 : Suites opératoires simples. Mickulicz complètement enlevé au douzième jour.

Docteur Molin : La malade part avec un excellent résultat au point de vue orthopédique et plastique.

OBSERVATION IX

Due à l'obligeance du Docteur MOLIN

Mlle B... C..., 25 ans, femme de chambre. Un accouchement normal. Pas de fausse couche. Rien à signaler dans les antécédents personnels. Réglée à 14 ans.

Etat actuel : Vient pour douleurs pelviennes qu'elle a depuis 3 ans à l'état de simple endolorissement lombaire, et qui depuis une huitaine de jours sont devenus subitement intolérables, continues, ne laissant que très peu de répit à la malade. Il y a 3 ans, la malade a été traitée dans une clinique de Vienne pour une annexile double, semble-t-il, et aucune intervention chirurgicale n'a été pratiquée. Depuis, d'ailleurs, la malade présente et des douleurs plus ou moins caractéristique, plus ou moins intenses et des pertes blanches survenant après tout effort, tout travail prolongé.

Comme il est dit plus haut, les douleurs depuis 8 jours se sont aggravées et la malade se présente à l'hôpital, fatiguée, avec une température qui était vers le soir à 39°9.

Appétit très mauvais depuis 8 jours. Ce matin cependant, la malade a pu s'alimenter quelque peu.

Pas de constipation. Pas de douleur à la miction.

Au toucher : La palpation de l'abdomen relève d'une volumineuse tumeur qui se trouve placée à gauche de l'utérus. Elle remonte à plus d'un travers de main au-

dessus de l'épine iliaque de ce côté. Elle comble le cul-de-sac latéral. Elle est de consistance plutôt dure, douloureuse à la palpation. Elle rejette sur la droite l'utérus dont elle semble très indépendante.

A droite, on n'est pas absolument sûr qu'il n'y ait pas une petite masse douloureuse correspondant à l'ovaire ou à la trompe.

Examen de M. le Professeur agrégé Rochet (13 janvier 1927): On pose le diagnostic de Pyosalpinx gauche avec utérus en bonne place.

Intervention le 25 janvier 1927 (MM. Rochet, Langénieux): Pfannenstiel. Grosses lésions de pelvi-péritonite à gauche, pyosalpinx, volume d'une orange. A droite, lésion de salpingite parenchymateuse.

Ovaire kystique, mais en partie conservable. Bien que les lésions soient à la limite, on décide une hystérectomie, mais avec conservation partielle de l'ovaire droit. Résection en tranche de melon de la portion kystique de l'ovaire droit. Pour le reste, l'hystérectomie en procédant de droite à gauche. Pas d'adhérences péritonéales à la vessie. On termine en appliquant un Mickulicz.

Nota. — La circulation dans l'ovaire est bien conservée, on voit battre l'arcade tubo-ovarienne. Cas vraiment à la limite de conservation.

Le 17 mai 1927: La malade depuis lundi a ses règles. Elles ne sont pas abondantes. De plus, la malade ne ressent aucune douleur.

A noter qu'il y a un mois la malade au moment de sa période menstruelle avait ressenti de vagues douleurs abdominales, ressemblant à celles qu'elle ressentait habituellement, mais aucune perte de sang n'était apparue. En somme, il s'agit maintenant des règles qu'elle a eu après l'intervention.

Au toucher (M. Rochet): Culs-de-sac souples. Utérus en bonne position. Col un peu induré.

Feuille du laboratoire anatomo-pathologique (Docteur Molin): Pyosalpinx gauche. Fragment d'ovaire. Pas de lésions inflammatoires actuelles sur cet ovaire qui présente de grandes formations lutéiniques kystiques, voisinant avec les kystes folliculaires et refoulant un stroma ovarien fibreux.

Conclusions

On a reproché à l'incision de Pfannenstiel de ne pas permettre la mise en place d'un drainage à la Mickulicz.

Nous montrons ici que :

L'incision de Pfannenstiel permet une application très facile de ce mode de drainage. La fermeture de la paroi se réalise, pour ainsi dire, d'elle-même.

Elle ne nécessite pas, au-dessus du sac, la fermeture minutieuse qu'impose l'incision verticale, la mise en place de fils de soutien (crins ou métal) avec les inconvénients qu'ils entraînent.

Elle met à l'abri plus sûrement :

de l'éviscération post-opératoire;

des éventrations tardives;

qui sont parmi les inconvénients les moins contestables du drainage à la Mickulicz.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

LE DOYEN, TIXIER.

JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 27 Juin 1927

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	9
Indications de cette technique.....	13
Technique opératoire.....	15
Suites immédiates.....	21
Résultats éloignés.....	21
Observations.....	22
Conclusions	37
